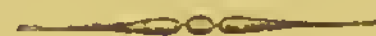
CONVULSIONS

DES

FEMMES ENCEINTES.



RAPPORT

FAIT A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, LE 3 JANVIER 1853,

SUR UN TRAVAIL DE M. MASCAREL,

PAR M. DEPAUL,

Membre de l'Académie impériale de médecine, etc.



A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1854.

très grande aux phénomènes convulsifs de toute sorte. Toutefois, avec la plupart des auteurs, il a établi une première distinction, et admet des convulsions partielles et des convulsions générales, réservant à ces dernières le nom d'éclampsie, introduit dans la science par Sauvages et généralement adopté de nos jours. Tout en admettant que les premières peuvent se montrer sur divers points des deux systèmes musculaires, il pense qu'on les observe plus particulièrement sur le col utérin, et il trouve l'explication de cette préférence dans les pressions et les froissements divers auxquels est soumise cette partie de la matrice, surtout pendant l'acte de la parturition. Il termine le court chapitre qu'il consacre à cette forme particulière par une observation dont voici les traits principaux.

Une femme de quarante ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, était parvenue à la fin d'une première grossesse qui n'avait offert rien de particulier jusqu'au commencement du huitième mois. A partir de cette époque, on avait observé un peu d'œdème aux membres inférieurs et de la céphalalgie.

Le travail se déclara le 13 août 1851, à six heures du matin ; trois heures après, le col étant peu dilaté (2 centimètres environ), le liquide amniotique s'écoula. A partir de ce moment, malgré les douleurs les plus fortes et les plus régulières, l'orifice utérin resta dans le même état, et lorsque trente heures plus tard on réclama les soins de M. Mascarel, ce dernier constata que les bords en étaient durs, épais et tellement résistants, que les tractions qu'il exerça sur eux avec les doigts restèrent impuissantes et ne purent les écarter. Ce fut alors que pour faire cesser un état qui avait déjà compromis la santé de cette femme, et dont la prolongation n'avait d'autre cause que la résistance exagérée de l'orifice, il se décida à recourir au débridement. Plusieurs incisions furent pratiquées ; elles produisirent une dilatation beaucoup plus grande, et bientôt le col devint complétement dilatable. La tête s'étant beaucoup engagée dans l'éxcavation, on fit une application de forceps. Un enfant très volumineux fut

extrait. Mais il était mort déjà depuis quelque temps : car depuis plus de vingt-quatre heures la mère n'avait plus senti ses mouvements, et l'auscultation pratiquée avant l'opération avait donné des résultats négatifs.

Je suis loin de nier l'existence des rétractions véritablement spasmodiques du col de la matrice; mais je ne trouve pas que notre confrère ait bien choisi son exemple pour en donner une nouvelle preuve. En effet, l'âge de la malade, qui avait quarante ans, ne permet-il pas de supposer avec plus de raison qu'il s'agissait ici d'une véritable induration qui existait déjà, même avant le début de la grossesse ? Les cas de cette nature, dans les conditions analogues, ne sont pas extrêmement rares; il est bien entendu que je ne parle pas de ces altérations organiques qui, même à un degré très avancé, n'empêchent pas toujours la fécondation, mais de certaines indurations comme fibreuses, qui n'ont rien de commun avec un état spasmodique, qui préexistent au travail de l'accouchement, et qui ne disparaissent pas sous l'influence d'une saignée générale et des narcotiques, comme cela est si commun dans les cas de rétraction purement spasmodique. Je me borne à ces quelques observations qui m'ont paru indispensables. M. Mascarel n'a consacré qu'un très court chapitre aux convulsions partielles, et n'a voulu en parler, pour ainsi dire, qu'en passant. Le but essentiel de son mémoire, c'est l'histoire des convulsions générales.

Il commence par l'étude de l'anatomie pathologique. Les trois autopsies qu'il a faites, et dont il donne les détails, n'ajoutent rien à ce qui est généralement admis aujourd'hui. Les congestions séreuses ou sanguines, les épanchements de sang qu'on trouve quelquefois à la surface, ou dans l'épaisseur des centres nerveux, sont considérées non comme des causes de la maladie, mais comme ses conséquences. En cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs modernes.

Après avoir divisé les causes de l'éclampsie en prédisposantes et occasionnelles, il énumère presque toutes celles qui ont été admises par les divers auteurs, et chacun sait com-

bien elles sont nombreuses et souvent contradictoires. Toutefois il regarde comme des prédispositions toutes spéciales la primiparité, les tempéraments sanguins et lymphatico-sanguins, l'infiltration des membres inférieurs. Mais il ne considère pas l'albuminurie, et avec raison selon moi, comme une cause essentielle de la maladie. Ainsi que j'ai eu occasion de le dire dans une autre circonstance, je suis loin de contester que l'albuminurie ne coïncide le plus habituellement avec l'éclampsie; mais il n'est pas exact de dire avec notre collègue M. Cazeaux, qu'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. Les cas qui prouvent que cette assertion n'est pas fondée sont maintenant assez nombreux pour qu'il faille les prendre en sérieuse considération. J'en ai déjà fait connaître un dans une autre occasion, observé par moi-même, il y a environ quatre ans, sur une dame de la rue Montmartre, et qui se termina par la mort, après un très grand nombre d'accès. Il me fut impossible de découvrir la moindre trace d'albumine dans l'urine extraite de la vessie à différentes époques, et soumise à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Le dernier examen, fait quelques instants avant le décès, donna le même résultat. Il est bien entendu que cette malade n'était pas épileptique; car, antérieurement à sa grossesse, elle n'avait jamais été sujette à aucun phénomène convulsif. Je sais, d'ailleurs, que d'autres observateurs ont enregistré des faits analogues.

Le docteur Lever a cité un cas dans lequel l'albumine n'existait pas davantage, et où, à l'autopsie, on constata les traces d'une inflammation des méninges. M. le professeur P. Dubois m'a dit avoir observé, à l'hospice de la Maternité, une femme qui devint éclamptique, et chez laquelle, malgré les nombreux accès qui se succédèrent, l'urine ne présenta à aucune époque de la maladie la moindre trace d'albumine.

D'un autre côté, on trouve dans un mémoire de M. Mascarel deux nouvelles observations dans lesquelles le même résultat négatif a été très positivement observé. La première se rapporte à une femme de la campagne, âgée de vingt-neuf ans, primipare, d'une forte constitution, et chez laquelle

n'avait existé aucune espèce d'infiltration. Après quelques heures d'un travail qui n'avait été remarquable que par l'énergie des contractions, on vit apparaître une première attaque d'éclampsie. Quatre autres se succédèrent en peu de temps, sans que, dans l'intervalle, la malade reprît ses sens. La dilatation du col permettant d'intervenir, on fit une application de forceps, et l'on put extraire un enfant vivant. Peu de temps après la sortie du délivre, une sixième attaque eut lieu, mais ce fut la dernière. Elle fut suivie d'une somnolence qui dura dix heures, sans interruption; puis la connaissance revint petit à petit, et les suites de couches se passèrent très naturellement. Notre confrère ne manqua pas de dire que, désirant constater l'état des urines, il avait eu soin d'en retirer un demi-verre avec la sonde, et qu'il s'était assuré qu'elles ne contenaient pas d'albumine.

La seconde observation est relative à une femme de vingt-deux ans, également primipare, mais qui, contrairement à la première, avait les membres inférieurs œdématiés. Le 5 avril 1852, elle venait de se lever, lorsque subitement elle perdit connaissance et tomba dans le foyer de la cheminée. Le feu se communiqua promptement aux vêtements, et sans les secours qui lui furent donnés par les personnes du voisinage, elle aurait infailliblement péri. Elle fut transportée dans son lit où ne tardèrent pas à se déclarer de nouvelles attaques convulsives qui laissaient entre elles des intervalles de deux à trois heures, mais sans retour de la connaissance. Un chirurgien, demandé à trois heures de l'après-midi, pratiqua une saignée du bras. A huit heures du soir, nouvelle crise tellement violente qu'on crut que la malade allait succomber. Deux heures plus tard, lorsque M. Mascarel fut appelé, un état comateux profond existait. De l'urine retirée à l'aide de la sonde ne contenait pas trace d'albumine. De nombreuses brûlures aux deuxième et troisième degrés existaient sur les jambes et les cuisses : la vulve elle-même était horriblement brûlée et convertie en escarre blanchâtre parcheminée. Une sixième attaque se déclara pendant l'examen. Peu d'instants après, l'enfant fut expulsé, d'abord inanimé; mais on fut assez heureux pour le rappeler à la vie à

l'aide de soins convenables. Une septième attaque suivit de près la naissance, mais ce fut la dernière. L'état comateux cessa six heures après, et dès ce moment la convalescence marcha rapidement, sans nouveaux accidents.

Je n'ai pas cru devoir m'étendre plus longuement sur ces deux observations qui renferment tous les détails désirables pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur la véritable nature des accidents observés. Il s'agissait bien d'attaques éclamptiques.

Si l'albuminurie des femmes enceintes était, comme on l'a prétendu, la cause essentielle de l'éclampsie, comment comprendre qu'on rencontre si fréquemment de l'albumine dans l'urine des femmes grosses, et qu'absolument, et même relativement parlant, les convulsions soient un accident fort rare ? Sur 41 femmes qui étaient albuminuriques, et qui ont été observées par le docteur Blot à l'hospice de la Maternité, 7 seulement furent atteintes d'éclampsie. Pour recueillir ces 41 observations, notre confrère fut obligé d'examiner l'urine de 205 femmes enceintes prises indistinctement dans les salles de l'hôpital. Ainsi 7 éclamptiques sur 41 albuminuriques. Une proportion aussi minime permet-elle d'admettre, sans discussion, une relation évidente de cause à effet ?

Une autre circonstance mérite aussi d'être prise en considération. Si l'albuminurie avait l'influence qu'on lui prête, il serait tout naturel qu'on observât les convulsions chez les femmes dont l'urine renferme la plus grande proportion d'albumine; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau donné par M. Blot, pour voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Plusieurs, parmi celles dont l'urine offrait les proportions d'albumine les plus considérables n'ont rien éprouvé.

Et d'ailleurs, dans les cas d'éclampsie où l'on a constaté dans l'urine la présence de l'albumine, est-on bien sûr que celle-ci ait préexisté aux attaques? Ce point de la question ne me semble pas avoir été suffisamment étudié. Jusqu'à ce jour, dans la plupart des observations, l'urine n'a été examinée qu'après le développement des phénomènes convul-

sifs. Or, sous le rapport étiologique, les faits ainsi recueillis laissent beaucoup à désirer. Les recherches de M. Blot sont presque les seules qui aient été entreprises dans cette direction, et quoique nombreuses et d'ailleurs fort intéressantes, elles ne répondent pas encore complétement à la question. Pour mon compte, j'appelle très sérieusement l'attention de mes confrères sur ce point qu'il sera facile d'éclairer, en se donnant la peine d'examiner fréquemment l'urine des femmes enceintes et des femmes en travail. Depuis que je me suis engagé dans cette voie d'expérimentation, j'ai recueilli deux observations qui prouvent que l'albumine peut très bien n'apparaître qu'après le développement de l'éclampsie.

Dans les deux cas, l'urine avait été examinée quelques jours avant le travail et dès le début de cet acte physiologique, sans qu'aucune trace d'albumine pût y être décelée. Des convulsions à forme éclamptique parfaitement caractérisée survinrent ; et dans le premier cas je trouvai de l'albumine après le deuxième accès, et après le quatrième dans le second.

Je suis loin de prétendre qu'il en soit toujours ainsi ; je suis très disposé à penser, au contraire, que dans le plus grand nombre des cas, l'urine contient de l'albumine bien avant l'apparition des convulsions ; mais je trouve dans ce nouvel ordre de faits un puissant argument contre l'opinion de ceux qui prétendent mettre l'éclampsie sous la dépendance nécessaire de l'albuminurie. J'ai déjà prouvé que la première de ces maladies pouvait suivre toutes ses phases et même se terminer par la mort sans qu'il y eût trace d'albumine dans l'urine, et je viens de faire voir que l'albumine peut ne se montrer qu'alors qu'un ou plusieurs accès ont déjà eu lieu. En faut-il davantage pour recommander une sage réserve, quand il s'agit de remonter à la cause première de l'éclampsie ?

Un autre fait me frappe dans l'histoire de l'albuminurie des femmes enceintes : c'est la rapidité avec laquelle l'albumine disparaît, lorsque l'accouchement est terminé. Peu d'heures suffisent habituellement pour amener ce résultat.

Il n'est pas rare, cependant, de voir les convulsions n'apparaître que quelques heures et même quelques jours après la parturition.

Est-il probable que dans ces cas, en admettant qu'il y ait eu de l'albumine pendant la grossesse, on la voie exceptionnellement persister aussi longtemps ? N'est-il pas raisonnable de supposer, au contraire, ou bien qu'elle n'a pas existé un seul instant, ou qu'elle ne s'est montrée qu'après avoir été précédée par un nombre variable d'accès? A la rigueur, une autre supposition pourrait être faite encore : on pourrait penser qu'après avoir paru pendant une certaine période de la grossesse, elle aurait disparu peu d'instants après la déplétion de l'utérus, pour se montrer de nouveau à l'occasion de phénomènes convulsifs survenant tardivement. Chacun comprendra combien il serait facile de s'égarer dans le champ des hypothèses ; le temps seul pourra dissiper tous les doutes qui règnent encore à cet égard, mais à la condition de ne laisser échapper à l'avenir aucune des occasions qu'une observation attentive ne tardera pas à faire naître.

Quoi qu'il advienne, l'albuminurie est trop souvent observée pendant le cours de la grossesse, elle coïncide surtout trop fréquemment avec les convulsions puerpérales pour qu'il ne faille pas rechercher à quel titre cette coïncidence existe; car si nous avons démontré que ces dernières peuvent apparaître alors qu'un examen attentif et complet ne fait rien constater dans l'urine, nous ne nous croyons pas autorisé à refuser toute espèce d'influence à l'albuminurie qui préexiste à l'éclampsie.

Mais si la science n'est pas encore fixée sur le rôle que ces deux états jouent l'un par rapport à l'autre, est-elle plus avancée quand il s'agit d'expliquer l'albuminurie des femmes enceintes? Je ne le crois pas. Je ne sais pas si la grossesse prédispose beaucoup, comme l'ont prétendu quelques auteurs, aux maladies des voies urinaires, mais je ne puis admettre qu'il faille chercher dans la néphrite l'explication ordinaire de l'albuminurie.

Le résultat des autopsies que j'ai faites est parfaitement conforme à celui qui a été obtenu par M. Blot. Nous n'avons pas rencontré les altérations qui sont regardées par *tout le monde* comme caractéristiques de la néphrite albumineuse. Ou bien les reins étaient parfaitement sains, ou ils étaient simplement congestionnés à des degrés divers. Ce n'est pas que je veuille contester la possibilité de la néphrite albumineuse chez la femme enceinte ; certes, l'état de grossesse n'est pas de nature à faire disparaître cette affection, si elle avait débuté avant la fécondation, ou à s'opposer à son développement ; je suis même très disposé à lui accorder une certaine influence. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que, sans nier la possibilité de la néphrite albumineuse comme de toute autre maladie, je suis convaincu qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne l'a prétendu, et que ce n'est pas à elle qu'il faut demander l'explication de la plupart des albuminuries qu'on observe chez les femmes grosses. Le véritable point de départ me paraît être, en général, dans les modifications que la grossesse fait subir au sang de la femme. Presque tous les auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de l'analyse de ce liquide sont d'accord sur ce point, à savoir, que la quantité d'albumine est notablement diminuée. Je me contenterai de rappeler les recherches de Scanzoni, celles de MM. Becquerel et Rodier, et enfin celles de M. Regnaud, qui a donné le résultat de vingt-cinq analyses, lesquelles montrent que le chiffre de l'albumine était presque toujours au-dessous de la moyenne, et que cette diminution pouvait déjà être sensible à partir du troisième mois.

On me pardonnera d'avoir insisté de nouveau sur une question que j'ai déjà soulevée devant l'Académie, en 1851, question qui a au moins un intérêt scientifique incontestable ; et je me hâte de revenir au mémoire de M. Mascarel, dans lequel j'ai trouvé des observations qui me confirment de plus en plus dans les réserves que j'avais cru devoir faire.

Le chapitre consacré à la symptomatologie est fait avec soin. Suivant l'exemple de madame Lachapelle, l'auteur d -

vise les symptômes en trois groupes : 1° ceux qui précèdent l'accès ; 2° ceux qui l'accompagnent; 3° ceux qui le suivent. Partout il a fait preuve d'une instruction solide et d'une expérience personnelle étendue. Je ferai cependant une seule observation. M. Mascarel semble croire qu'il est commun de voir l'éclampsie éclater brusquement et sans qu'aucun symptôme précurseur pût en faire prévoir la prochaine invasion. Sans nier l'existence de ces cas, je les crois fort rares. Je dirai même que, pour mon compte, toutes les fois que j'ai pu observer les femmes avant le début de la maladie, j'ai toujours, plus ou moins longtemps avant l'apparition des accès, constaté quelques uns des phénomènes qui ont été regardés par presque tous les auteurs comme précurseurs des convulsions éclamptiques. Je citerai, comme ceux qui me semblent avoir la plus grande importance, la céphalalgie occipitale ou frontale, des troubles variés de la vision, le malaise épigastrique, les vomissements. La réunion de plusieurs d'entre eux mérite surtout d'être prise en sérieuse considération. Une observation attentive peut et doit conduire à un traitement préventif qui aura souvent, j'en ai la conviction, un succès complet.

Tout ce qui se rapporte à la marche et à la terminaison de la maladie, à son diagnostic et à son pronostic, est étudié avec détail. En disant qu'il est rare de ne voir qu'un seul accès se manifester, l'auteur est dans le vrai ; mais cela peut arriver, et alors le retour à la santé est ce qu'on observe le plus communément. Il n'est pas impossible, cependant, qu'une première attaque soit mortelle. J'ai eu la douleur de perdre de cette manière, il y a quinze ans, la première femme qui s'était confiée à mes soins dans ma pratique particulière. En moins de trois minutes, et malgré tout ce que je pus faire, elle avait définitivement cessé de vivre.

Relativement au pronostic, notre confrère considère les convulsions comme un des accidents les plus graves qui peuvent compliquer la grossesse ou le travail de l'accouchement. La vie de la mère et celle de l'enfant sont sérieusement mises en question. Il est encore incontestable que cette gravité

augmente avec la multiplicité, le rapprochement et l'intensité des accès, selon qu'il y a perte complète ou incomplète de la connaissance après chacun d'eux ; que la santé du sujet est plus mauvaise, et qu'on a plus tardé à faire intervenir un traitement convenable. Pour lui encore, et en cela il partage l'opinion commune, le danger est plus sérieux *quand le travail est si peu avancé qu'on se trouve dans l'impossibilité de hâter la prompte terminaison de l'accouchement.* Il est encore généralement admis que la gravité est d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée. A ce sujet, je ne puis que répéter ce que je disais en 1851, à l'Académie (1), dans le Mémoire que j'eus l'honneur de lui lire : « Pour mon compte, je serais presque tenté d'établir une proposition contraire, en admettant toutefois qu'un traitement énergique et convenable soit employé en temps opportun. Les chances de salut ne sont pas, en effet, comme on l'a écrit, presque partout dans la prompte dilatation du col et dans la déplétion de l'utérus. Ce résultat, qu'on est malgré soi porté à désirer, et pour lequel on se livre trop souvent à des manœuvres dangereuses, n'entraîne pas habituellement, comme on l'avait espéré, la cessation des phénomènes convulsifs. Loin de là, on les voit souvent se multiplier avec une énergie nouvelle, et les faits nombreux qu'il m'a été donné d'observer m'ont prouvé qu'ils avaient alors, plus habituellement, une terminaison funeste ; de sorte qu'à mon avis, l'éclampsie qui survient pendant le cours du travail, comme aussi celle qui n'apparaît qu'après la délivrance, constitue pour la mère un accident beaucoup plus sérieux que celle qui éclate pendant la grossesse, alors que la contractilité utérine n'a pas encore été mise en jeu. Cette proposition est d'ailleurs conforme à l'opinion d'un homme dont le nom fait justement autorité dans la science : je veux parler de Ramsbotham. »

Puis, j'ajoutais que l'observation qui avait été le point de départ de ma communication était entièrement favorable à cette manière de voir, et qu'il me serait facile d'en citer

(1) Voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVI, p. 1054.

plusieurs autres qui, sous ce rapport, parlaient entièrement dans le même sens. Depuis, le nombre de mes observations s'est accru et m'a naturellement confirmé dans ma croyance.

Les relevés statistiques fournis par les auteurs, celui de Merriman et de plusieurs autres, ne laissent aucun doute sur les dangers qui entourent le produit de la conception pendant le cours de l'éclampsie. L'intensité, et surtout la durée des accès, sont beaucoup plus importantes à considérer sous ce rapport que leur fréquente répétition. Un seul, comme on l'a vu, peut être mortel. Il me semble, cependant, que toutes choses étant égales d'ailleurs, la vie du fœtus est d'autant plus facilement compromise que la grossesse est plus près de son terme. Cette opinion, qui paraîtra peut-être singulière quand on songe à la fragilité de l'embryon dans les premiers mois de la gestation, sera sans doute plus facilement acceptée si l'on admet avec moi que la mort trouve son explication dans les troubles que les phénomènes convulsifs apportent dans la circulation maternelle et dans les modifications qu'ils impriment à la constitution du sang. Sous ce rapport, l'état de la femme peut être comparé à une véritable asphyxie, et la cessation de la vie, dans le produit de la conception, s'explique tout naturellement parce que celui-ci ne reçoit plus pendant chaque accès la quantité de sang dont il a besoin, ou parce que ce sang ne possède plus les qualités nécessaires. Il est même probable que ces deux conditions sont habituellement combinées et conduisent plus sûrement au résultat fatal.

Les choses se passant comme je viens de le dire, ne comprend-on pas que moins l'organisation de l'œuf sera avancée, plus celui-ci pourra résister à certains troubles passagers de la circulation utérine, et trouver encore dans un sang très peu artérialisé des éléments suffisants pour le maintien de sa vie? Quant à moi, je n'entrevois dans cette explication aucune hérésie physiologique.

J'ai déjà dit que la seconde partie du mémoire de M. Mascarel était consacrée au traitement de l'éclampsie. Depuis les

moyens empiriques préconisés par les médicastres, dit notre confrère ; depuis le crapaud desséché et appliqué entre les épaules, ou les clefs appelés de Saint-Pierre placées sur la nuque, comme cela se pratique encore dans certaines campagnes, jusqu'aux médications les plus rationnelles, il est peu d'agents thérapeutiques qui n'aient été opposés aux convulsions en général, et à celles des femmes en couches en particulier. Ici, comme presque toujours, chacun s'est laissé dominer par l'idée qu'il s'était faite de la nature de cette terrible maladie. Pour ceux qui l'ont considérée comme une simple névrose, les antispasmodiques ont paru le moyen par excellence. Ceux qui ont cru en trouver la cause dans le développement de l'utérus, ont pensé qu'il n'y avait de chance de salut que dans la déplétion de cet organe. D'autres ont fait intervenir un état saburral des premières voies, la présence des vers intestinaux, et beaucoup d'autres conditions pathologiques qu'il serait trop long d'énumérer. Notre confrère se range sous la bannière des partisans des émissions sanguines à haute dose ; sa conviction à cet égard paraît fortement arrêtée et fondée surtout sur son expérience personnelle : il s'appuie d'ailleurs sur l'opinion de quelques hommes haut placés dans la science. Il rappelle en particulier celles de Levret et de Burns, et emprunte à ce dernier la citation suivante : « La saignée a fait rarement de mal et peut faire beaucoup de bien, elle est peut-être le seul moyen de conserver la vie ; et si cet ouvrage ne sert qu'à graver ce fait dans l'esprit d'un seul lecteur, je ne regretterai pas de l'avoir écrit. »

Quant à moi, il y a déjà longtemps que j'ai été conduit, par ce que j'ai observé dans ma pratique et dans celle de nos maîtres, à considérer les émissions sanguines comme le seul moyen sur lequel on puisse véritablement compter, et qui doit faire la base du traitement qu'on oppose aux convulsions. Je demande la permission de rappeler ce que je disais à ce sujet dans mon mémoire lu en 1851 devant l'Académie : « C'est dans les émissions sanguines générales qu'il faut chercher la médication curative par excellence.

Mais pour être efficaces, les saignées doivent être abondantes et ordinairement répétées plusieurs fois dans l'espace de quelques heures. Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il faut les mesurer sur la constitution du sujet et sur l'effet qu'elles produisent. Si une seule a suffi dans certaines circonstances, il n'en est pas ainsi habituellement. J'ai eu plusieurs fois recours à quatre saignées dans l'espace de cinq heures, de manière à retirer plus de 2,000 grammes de sang, et je crois devoir à cette pratique des succès incontestables. La pâleur du visage, l'infiltration partielle ou générale, la constatation de l'albuminurie, ne doivent pas faire renoncer à cette thérapeutique, que l'expérience m'a appris être la plus utile, même dans ces conditions. Les personnes qui n'ont pas eu de suffisantes occasions pour étudier ce qui se passe chez les femmes éclamptiques pourraient se laisser arrêter par la petitesse du pouls, qui se rencontre si communément. Il faut savoir que cet état seul ne contre-indique pas les saignées : à peine la veine est-elle ouverte, qu'on voit le pouls se relever, revenir large et plein, et ces phénomènes se reproduire après chaque émission sanguine. Le point capital, c'est de recourir de bonne heure à l'emploi de ce moyen. Pour qu'il soit utile, il ne faut pas attendre que les troubles profonds et généraux qui signalent les accès aient placé les organes indispensables à la vie dans des conditions où ils ne puissent plus reprendre l'exercice de leurs fonctions. »

Pour bien poser les bases du traitement qui lui paraît le plus convenable, et qu'il a adopté dans sa pratique, M. Mascarel s'occupe d'abord des cas dans lesquels le travail n'ayant pas encore commencé, le col de la matrice n'a encore subi aucun changement. Il veut qu'on débute toujours par de larges saignées. Il conseille même, dans les cas graves, d'ouvrir simultanément une veine à chaque bras. Il repousse l'artériotomie, parce qu'elle n'offre pas les avantages qu'on lui accordait autrefois, et parce qu'elle n'est pas toujours exempte de dangers. Après les saignées générales, si la femme est forte, et si la maladie date de quelques heures seulement, il faut placer des sangsues en grand nombre autour

des malléoles. Dans le cas contraire, il les établit en permanence et deux par deux seulement.

Puis doivent venir les sinapismes promenés sur les membres ou appliqués entre les deux épaules. Il les préfère aux vésicatoires, qui ont été également préconisés. Je dirai à cet égard que, pour mon compte, je suis très disposé à repousser d'une manière générale, non seulement les révulsifs précédents, mais encore presque tous ceux qui ont été vantés. Je comprends dans cette exclusion surtout ceux qui n'agissent qu'à la condition de produire une douleur plus ou moins vive, ou tout au moins une sensation pénible. J'ai remarqué bien souvent que tout ce qui est de nature à irriter ou à impressionner désagréablement les malades avait une influence marquée sur le retour des accès, et je suis convaincu que ce qu'il y a de mieux à faire, une fois qu'on a rempli les indications fondamentales, c'est de les laisser dans le repos le plus absolu. Le toucher lui-même ne doit être pratiqué qu'avec beaucoup de réserve. J'ai vu des femmes qui ne pouvaient y être soumises sans qu'une nouvelle attaque se manifestât. Je ne crois pas non plus, quoi qu'en dise notre confrère, qui invoque à ce sujet l'autorité du père de la médecine, que les bains soient un moyen à employer. Pendant l'accès, ce serait matériellement impossible. Pendant la période du coma, outre les difficultés de l'exécution et la crainte de l'apparition d'une nouvelle attaque, il n'est pas bien sûr qu'on eût à se féliciter d'y avoir recours.

Mais je suis de son avis pour exclure les narcotiques et les vomitifs. Je passe sous silence une foule d'autres petits moyens qui se trouvent indiqués partout, et dont les avantages sont au moins problématiques. Je dirai un mot seulement du chloroforme, que M. Mascarel réserve, ainsi que les antispasmodiques, pour les cas où les émissions sanguines sont tout à fait inapplicables. Les quelques essais qui ont été faits sous ce rapport ne me paraissent pas encourageants, et, à mon sens, le raisonnement ne conduit pas à l'emploi de cet agent.

Mais il est une autre question d'une grande importance,

qui, sans avoir été négligée dans le travail dont je vous rends compte, n'a pas été peut-être suffisamment étudiée: je veux parler de l'opportunité de la provocation de l'accouchement ou même de l'avortement, selon l'époque de la grossesse où se manifeste l'éclampsie. Il y a quelques années à peine, le problème était résolu par presque tous les accoucheurs, dans le sens de l'affirmative. Aujourd'hui, beaucoup se montrent plus réservés, et je suis de ce nombre. Les faits très nombreux qui prouvent que les convulsions peuvent persister, et même se terminer par la mort, après la déplétion spontanée ou artificielle de l'utérus, m'ont depuis longtemps convaincu que là n'était pas l'indication première et fondamentale. Que pourrait-on espérer, par exemple, de la provocation de l'avortement? Ne sait-on pas que, quelle que soit la méthode à laquelle on s'adresse, plusieurs heures, plusieurs jours même sont souvent nécessaires? L'éclampsie, avec sa marche la plus habituelle, permettrait-elle de compter sur un moyen dont l'action devrait être aussi tardive? Mais ce n'est pas tout. Ceux qui ont observé avec soin beaucoup de femmes éclamptiques ne savent-ils pas combien tout ce qui est de nature à irriter; combien surtout les excitations qui s'adressent à l'utérus ont une influence fâcheuse sur la marche et le retour des accès convulsifs! Ce qu'il y a de mieux à faire, sous ce rapport, c'est de s'en rapporter à la nature qui sollicite souvent des contractions spontanées qui conduisent plus sûrement à l'expulsion du produit de la conception, lorsqu'elle est inévitable. On ne s'expose pas de la sorte à compromettre volontairement certaines grossesses qui peuvent résister à l'orage, quand on a été assez heureux pour le conjurer par les émissions sanguines. J'ai communiqué dans le temps à l'Académie une observation qui prouve qu'il peut en être ainsi : elle est relative à une femme qui fut atteinte d'éclampsie à la fin du troisième mois de sa grossesse, et qui, malgré seize attaques bien caractérisées, arriva ensuite à son terme et accoucha, sans nouvel accident, d'un enfant vivant. Ce fait, quant au résultat, est loin d'être unique dans la science; j'en ai moi-même recueilli plusieurs.

Dans la condition que je suppose, on n'a pas même pour excuse l'intérêt de l'enfant qui n'est pas viable. Mais en supposant que la grossesse ait atteint le huitième ou le neuvième mois, cet intérêt, tout-puissant qu'il soit, doit-il faire adopter une conduite différente? Je ne le pense pas davantage. A la provocation de l'accouchement sollicitée à cette période de la gestation s'adressent tous les reproches dont j'ai parlé, en discutant l'opportunité de l'avortement provoqué. Ici encore le résultat désiré ne peut être espéré que dans un avenir trop éloigné pour qu'il puisse être considéré comme un moyen de salut, soit pour la mère, soit pour l'enfant. La marche de l'éclampsie est ordinairement trop rapide et trop aiguë; il faut une médication plus prompte et plus sûre, et je l'ai déjà dit, c'est dans les émissions sanguines surtout qu'on peut espérer la trouver.

L'accouchement forcé, qui, de prime abord, semble exclure la plupart des inconvénients que je viens d'indiquer, ne me paraît pas devoir être plus favorablement accueilli. Ce n'est pas une chose aussi simple qu'on pourrait se l'imaginer, que de pénétrer violemment dans la cavité d'un utérus dont le col, encore long et résistant, est plus ou moins complétement fermé; c'est cependant ce qui a lieu le plus habituellement, puisque la plupart des éclamptiques sont primipares. Mais en admettant qu'après avoir fait ou non des incisions, la main ait franchi l'obstacle, ceux qui ont exécuté de semblables opérations savent que de nouvelles difficultés peuvent se présenter pour l'extraction de l'enfant qui ne trouve pas une voie suffisamment préparée, et dont la vie court les plus grands dangers, surtout si on l'engage par l'extrémité pelvienne. Du côté de la mère, les accidents à redouter ne sont pas moins sérieux. Qui pourrait répondre, par exemple, qu'une déchirure de l'utérus ne sera pas la conséquence d'une semblable manœuvre? Je ne veux pas insister davantage; qu'il me suffise d'ajouter qu'ici encore, outre qu'on n'est pas sûr de se rendre maître des convulsions, on compromet certainement une grossesse qui, à l'aide d'une tout autre médication, aurait pu peut-être parvenir jusqu'à son terme.

Dans le courant de l'hiver de 1846, j'ai assisté mon savant maître, M. P. Dubois, dans une opération de ce genre, qu'il pratiqua sur une dame de Montrouge. Après plusieurs incisions pratiquées sur le col, le forceps fut appliqué au-dessus du détroit supérieur. Un enfant mort fut extrait. Les convulsions, loin de s'arrêter, semblèrent prendre une nouvelle intensité, et la mère ne tarda pas à succomber.

Il nous a souvent répété, dans ses leçons cliniques, qu'il n'avait pas été plus heureux dans d'autres cas analogues. Je puis ajouter que moi-même, dans deux circonstances, j'ai obtenu un résultat tout aussi déplorable, et que je me crois suffisamment éclairé sur ce point, pour proscrire à tout jamais l'accouchement forcé dans la condition que j'ai supposée. Sans être rares, les circonstances précédemment indiquées ne sont cependant pas celles qu'on observe le plus communément. Souvent, au contraire, les convulsions n'éclatent que lorsque le travail s'est déclaré depuis un temps plus ou moins long, ou bien l'éclampsie, qui s'est manifestée la première, a eu pour conséquence de mettre en jeu la contractilité de la matrice, et dans les deux cas, lorsque le médecin est appelé, il constate que le col de l'utérus a subi des modifications variables, mais dont le degré doit être pour lui la source d'indications diverses.

Supposons d'abord que le col soit complétement dilaté ou suffisamment dilatable, faudra-t-il, de prime abord, songer à terminer l'accouchement et se hâter d'intervenir par le forceps ou la version ? Comme dans les cas précédents, c'est par des émissions sanguines qu'il convient de débuter. Seulement ici, l'extraction de l'enfant étant, en général, chose facile, on ne devra pas tarder à y recourir pour le soustraire, s'il est possible, aux dangers que lui font courir les phénomènes convulsifs de la mère. Peut-être celle-ci, de son côté, trouverait-elle quelques avantages dans la prompte déplétion de l'utérus et dans l'écoulement de sang qui en est habituellement la conséquence. Mais si le col, quoique en partie dilaté, ne l'est pas encore suffisamment pour qu'on puisse agir par les moyens ordinaires, est-il utile, lorsqu'on a rempli

les indications que je regarde comme fondamentales, de *brusquer* l'accouchement et de pénétrer dans l'utérus, soit avec la main, soit avec l'instrument, à travers l'orifice préalablement incliné ? Je crois que le parti à prendre devra être dicté par l'état de l'enfant. Si l'auscultation permet de constater qu'il est encore vivant, l'espoir de lui conserver la vie légitimera complétement une semblable opération. Si, au contraire, on acquiert la certitude qu'il a cessé de vivre, pourquoi se presser, s'il est vrai, comme je le pense, que l'intérêt bien entendu de la femme n'a pas grand'chose à gagner à une intervention aussi brusque et aussi violente ?

C'est en se conformant à la plupart des préceptes que je viens de rappeler, que M. Mascarel a obtenu de très beaux résultats dans sa pratique, ainsi que le prouvent les nombreuses et intéressantes observations que contient son mémoire.

Le traitement de l'éclampsie qui survient après l'accouchement, ou qui, ayant commencé pendant la grossesse, dure encore après la déplétion de l'utérus, découle naturellement de tout ce qui précède. Si la saignée a été poussée sans succès jusqu'à ses dernières limites, on peut, ainsi que le propose notre confrère, insister sur les antispasmodiques et les révulsifs de toute sorte ; c'est encore sur elle qu'il faut fonder tout son espoir, si les forces de la malade permettent d'y recourir encore.

Messieurs, quoique le mémoire de M. Mascarel m'eût permis de soulever encore d'autres questions d'un haut intérêt, je m'arrête ici avec la crainte d'avoir déjà donné à ce rapport des proportions un peu trop grandes. Mais je n'ai pu résister au désir d'insister un instant sur celles qui, par leur origine récente, réclamant de nouvelles investigations, sont en quelque sorte à l'ordre du jour, et sur d'autres qui, quoique fort anciennes, divisent encore les hommes spéciaux.

J'espère, toutefois, vous avoir fait suffisamment connaître l'esprit et l'importance du travail dont vous m'aviez chargé de vous rendre compte, pour que, comme moi, vous soyez

convaincus que son auteur est un homme de mérite et un observateur consciencieux. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois qu'il soumet à votre appréciation le résultat de ses recherches et de son expérience, et déjà, depuis longtemps, vous avez pu juger de sa valeur. La commission croit donc faire acte de justice en venant soumettre à votre approbation les conclusions suivantes :

1° Le remercier de sa nouvelle et intéressante communication ;
2° Renvoyer son Mémoire au comité de publication ;
3° Inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places de correspondant.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.
